



MODULO ISCRIZIONE E CRITERI DI ACCESSO ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA INTERAZIENDALE (servizi educativi per l'infanzia – Via Settembrini 2 Rimini)	Num. Domanda	
ANNO SCOLASTICO 2019-2020	Tot. Punteggio	

I sottoscritt **COGNOME** **NOME**
in qualità di genitore/esercente la responsabilità genitoriale tutore affidatario

Barrare la casella corrispondente:

- Genitore del bambino/bambina che ha frequentato il servizio del nido interaziendale "Belnido"
- Dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini
- Figlio di dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini
- Dipendente a tempo determinato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini
- Figlio di dipendente a tempo determinato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini
- Dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sedi territoriali di Forlì, Cesena e Ravenna che hanno la loro residenza nella Provincia di Rimini
- Genitore del bambino/bambina nato nel 2014/2015/2016

presenta domanda di ammissione per il minore:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Residente a _____

via _____ n° _____ cap _____

Tel. casa _____ Tel. Cell. madre _____ Tel. Cell. padre _____

_____ Tel. lavoro madre _____ Tel. lavoro padre _____

e-mail (*):

(*) Ai sensi del D.L. n. 179 /2012 è facoltà per i cittadini di indicare un proprio indirizzo di posta elettronica, cui la Pubblica Amministrazione potrà indirizzare le proprie comunicazioni.



MODULO ISCRIZIONE E CRITERI DI ACCESSO ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

A tal fine, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali conseguenti alla non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese in autocertificazione (articoli 75 e 76 del T.U. DPR n.445 del 28/12/2000):

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 46 del T. U. DPR n.445 del 28/12/2000)

che il proprio NUCLEO FAMILIARE (*) è costituito dai seguenti componenti:

	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Cittadinanza</i>	<i>Codice Fiscale</i>
Dichiarante			
<input type="checkbox"/> Coniuge o <input type="checkbox"/> convivente			
Figlio o affidato			
Figlio o affidato			
Figlio o affidato			

(*) Per "nucleo familiare" si intende il nucleo composto da coloro che esercitano la potestà genitoriale ed i loro figli (compresi affiliati). Indicare entrambi i genitori anche se con residenze diverse e/o separati.

DICHIARA INOLTRE

(barrare quanto interessa (ai sensi degli articoli 46 e 47 del T.U. DPR n. 445 del 28.12.2000)

Il minore è certificato ai sensi della Legge 104/1992 sull'handicap (allegare verbale e DF)

	<i>Bambini che hanno frequentato il Nido Belnido</i>	<i>Punteggio unico</i>
	Frequenza di due anni educativi del Nido Belnido	80
	Frequenza di un anno educativo del Nido Belnido	75
	Frequenza di una frazione di anno educativo del Nido Belnido	70
	<i>Lavoro Dichiarante</i>	
	Dipendenti e figli di dipendenti a tempo indeterminato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini, anche in comando o altra assegnazione funzionale a prescindere dalla residenza;	20
	Dipendenti e figli di dipendenti a tempo determinato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sede territoriale di Rimini a prescindere dalla residenza;	18
	I dipendenti a tempo indeterminato dell'Azienda U.S.L. della Romagna, sedi territoriali di Forlì, Cesena e Ravenna che hanno la loro residenza nella Provincia di Rimini.	8
	<i>Bambino/bambina nato/a nel 2014/2015/2016</i>	
	Genitore del bambino/bambina nato nel 2014/2015/2016	10



<i>Specifiche relative al lavoro</i>		
Orario settimanale fino alle 18 ore		-2
<i>Situazioni relative al nucleo familiare</i>		
Nucleo INCOMPLETO che non rilevi nuove convivenze		
Nucleo INCOMPLETO che non rilevi nuove convivenze in cui manchi effettivamente la figura materna e/o paterna per decesso, carcerazione, stato di abbandono, separazione legale – divorzio (Allegare adeguata documentazione comprovante la situazione dichiarata)		25
Minore non riconosciuto da uno dei genitori Allegare Certificato _____ data _____		20
Presenza nel nucleo di un minore o adulto con invalidità documentata (allegare certificato):		
Genitore con invalidità non inferiore al 75%		30
Sorella e/o fratello del minore, gravemente infermo, disabile o invalido nella misura non inferiore al 75%		25
Altro componente con invalidità pari o superiore al 75% (solo se convivente con il minore)		15
altro componente di età inferiore a 16 anni con invalidità documentata (solo se convivente con il minore)		4
<i>Altre Situazioni</i>		
Minore in affido o adozione con un atto ufficiale, di data non superiori a anni 2 (esibire copia atto)		10
Gravidanza in atto (esibire certificato medico)		2
Gemelli (per i quali si presenta domanda)		3

Condizioni di impossibilità ad affidare il minore ai nonni per i seguenti motivi:				1 punto (per ogni nonno)
Nonno Paterno Cognome _____ Nome _____	Nonna Paterna Cognome _____ Nome _____	Nonno Materno Cognome _____ Nome _____	Nonna Materna Cognome _____ Nome _____	
<input type="checkbox"/> nonno deceduto <input type="checkbox"/> residente fuori comune <input type="checkbox"/> nati nel 1939 (o prima) <input type="checkbox"/> in struttura per anziani (*) <input type="checkbox"/> con invalidità 67% o > (*) <input type="checkbox"/> occupato a tempo pieno	<input type="checkbox"/> nonno deceduto <input type="checkbox"/> residente fuori comune <input type="checkbox"/> nati nel 1939 (o prima) <input type="checkbox"/> in struttura per anziani (*) <input type="checkbox"/> con invalidità 67% o > (*) <input type="checkbox"/> occupato a tempo pieno	<input type="checkbox"/> nonno deceduto <input type="checkbox"/> residente fuori comune <input type="checkbox"/> nati nel 1939 (o prima) <input type="checkbox"/> in struttura per anziani (*) <input type="checkbox"/> con invalidità 67% o > (*) <input type="checkbox"/> occupato a tempo pieno	<input type="checkbox"/> nonno deceduto <input type="checkbox"/> residente fuori comune <input type="checkbox"/> nati nel 1939 (o prima) <input type="checkbox"/> in struttura per anziani (*) <input type="checkbox"/> con invalidità 67% o > (*) <input type="checkbox"/> occupato a tempo pieno	
Note/ situazione non previste _____				
Nota: per ogni nonno può essere riconosciuta una sola condizione e assegnato 1 punto. (*) Allegare adeguata documentazione comprovante la situazione dichiarata.				
TOTALE PUNTEGGIO				

N.B. Qualora risultassero domande con lo stesso punteggio, verrà accolta prima la domanda del bambino nato prima (anno, mese giorno).

I dati contenuti nell'autocertificazione, forniti sotto la personale responsabilità del dichiarante, devono essere riferiti alla data di compilazione della presente e devono permanere sino alla data di uscita della graduatoria.

L'Amministrazione provvederà a verificare quanto dichiarato (art. 71 e seguenti del DPR n. 445 del 28.12.2000). Qualora la dichiarazione non risultasse veritiera, il dichiarante decade dai benefici conseguenti



al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, art. 75 DPR 445 del 28.12.2000, (esclusione dalla graduatoria) ed è soggetto alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000.

Allegare copia documento in corso di validità di entrambi i genitori.

Data _____

Firma del dichiarante _____

Per presa conoscenza e autorizzazione delle informative allegate a questa richiesta e relative al D. Lgs. 196/2003 “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali” e ss.mm.ii. (Reg. UE 679/2016).

Data _____

Firma del dichiarante _____